UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 12

LES MASQUES CLINIQUES

DES

AFFECTIONS VÉSICULAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 1er décembre 1937

PAR

Pierre-Jean-Louis THIBAUD

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à POITIERS (Vienne), le 27 mai 1913

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur ..... } *Juges.*

FONTAN, agrégé ..... }

BROUSTET, agrégé ..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, place Saint-Christoly

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546507_0058

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 12

LES MASQUES CLINIQUES

DES

AFFECTIONS VÉSICULAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 1er décembre 1937

PAR

Pierre-Jean-Louis THIBAUD

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à POITIERS (Vienne), le 27 mai 1913

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur .....

FONTAN, agrégé ..... *Juges.*

BROUSTET, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEUBET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	DUFOUR.	id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceut que	N.
Physiologie	N.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	N.	Chimie minérale	N.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA GRAND-MERE

A MA MERE — A MON PERE

Qui se sont imposé pour moi de lourds sacrifices. En témoignage de ma reconnaissance émue et de la profonde affection que je leur porte.

A MON FRERE — A MA BELLE-SŒUR

A MA FIANCEE

Avec ma tendre affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A Monsieur le Docteur DUBARRY

Chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. En reconnaissance des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de l'élaboration de ce travail.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef FÉRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPÉRIÉ

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Pour le remercier du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

LES MASQUES CLINIQUES

DES

AFFECTIONS VÉSICULAIRES

INTRODUCTION

Les affections vésiculaires peuvent se ramener, en pratique courante, à trois grands chefs, à savoir :

1° la *lithiase biliaire;*
2° la *cholécystite aiguë ou chronique non lithiasique;*
3° la *cholécystatonie*, décrite par Chiray et Pavel, la première fois, dans un article de la *Presse médicale* du 12 septembre 1925,

abstraction faite des affections plus rares que sont : l'hydropisie vésiculaire, la vésicule fraise, les volvulus de la vésicule, etc., dont nous ne nous occuperons pas.

Or, la colique hépatique n'est pas, de loin, le seul tableau clinique des atteintes lithiasiques, et pas davantage les troubles gastriques, celui de la cholécystite. Quant à la cholécystatonie, c'est bien souvent un ensemble de signes paradigestifs qui aiguille le diagnostic, lequel n'est affirmé que par la radiologie et le tubage.

Nous aurons donc en vue, dans cette étude, les symptômes anormaux — tant par leur siège que par leur nature — qu'un examen clinique complet permet de rattacher à une atteinte vésiculaire, alors qu'à première vue ils en paraissent soit éloignés, soit indépendants, non point que notre modeste expérience nous permette de faire acte d'inédit, mais nous pensons qu'insister sur ces troubles pourrait apporter un peu de lumière pour établir certains diagnostics ou en corriger d'autres, un peu d'apaisement sur certains pronostics et, partant, un soulagement plus complet du malade grâce à une thérapeutique bien dirigée, parce que étiologique.

Après un premier chapitre, qui ne sera qu'un bref rappel clinique de la symptomatologie classique, nous étudierons, à la lumière de quelques observations, les troubles qui, par leur caractère spécial, peuvent égarer le diagnostic, en les groupant de notre mieux, pour en tirer finalement quelques conclusions pratiques, ou que du moins nous espérons telles.

Nous ne séparerons pas dans nos constatations ce qui revient à chacune des trois affections vésiculaires primordiales, puisque, en dehors de signes propres, les signes communs sont la majorité, le diagnostic de variété ne pouvant s'affirmer avec certitude que par les examens complémentaires le plus souvent.

De même, l'étude pathogénique ne nous retiendra que dans la mesure où elle éclaire la symptomatologie.

Ce ne sera donc que l'énumération de toute la variété des formes cliniques des affections vésiculaires, en insistant plus spécialement sur celles qui masquent véritablement la cause première. Toutes ont été décrites dans la littérature, mais ce n'est pas faire œuvre inutile que les réunir dans un même travail, d'autant plus que ce ne sont pas des raretés cliniques, avec l'espoir de faire éviter dans la pratique de chaque jour des interprétations erronées préjudiciables.

Tel est le but de cette modeste élaboration.

CHAPITRE PREMIER

LES BASES DU DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS VESICULAIRES

I. — *Etiologie.*

Nous n'avons pas à insister sur l'étiologie, et cependant il nous faut remarquer certains points :

1° La *grande fréquence* des atteintes de la vésicule depuis quelques années, surtout dans la forme cholécystite. Et ce ne sera pas faire œuvre de simple hypothèse que penser en premier lieu aux fautes d'hygiène de la vie moderne : surmenage physique, dû à l'accélération donnée aux actes les plus courants; alimentation rapide et riche en produits conservés ou trafiqués, sans oublier non plus qu'une publicité tapageuse et voyante, qui oriente l'esprit du public vers des troubles indéniablement hépatiques, le fait entrer aussi bien dans le cabinet médical que chez le dépositaire de telle spécialité merveilleuse.

2° La *prédominance de malades du sexe féminin,* due, en partie, à l'influence de la gestation : syndrome entéro-vésiculo-rénal, où la constipation joue un très grand rôle.

3° La *variété des causes déclenchantes des crises;* ce pourra être :

— soit le *régime :* corps gras cuits, fritures, ragoûts, charcuterie, boudins, pâtisseries à la crème, viscères riches en cholestérine et en graisses, chocolats, œufs;

— soit la *température* : extérieure (froid) ou alimentaire (boissons glacées);
— soit les *règles* : les crises se répètent volontiers dans les jours qui précèdent les époques;
— soit encore des *facteurs névropathiques* : secousses, émotions, même minimes;
— soit enfin une *infection* : tissulaire (furoncles), viscérale (néphrite, pneumonie, etc.), ou générale.

L'étiologie, en ces quelques lignes, est loin d'être épuisée, mais ce serait s'écarter de l'orientation du sujet que l'appesantir.

II. — *Symptomatologie.*

Rappeler toute la symptomatologie vésiculaire serait inutile dans le cadre de ce travail : aussi n'envisagerons-nous simplement que l'étude des signes qui, dans le cas où le diagnostic est flou, permettent de mener la conclusion de l'examen vers une atteinte de la vésicule, laissant de côté les tableaux cliniques types de la cholécystite lithiasique ou aiguë non lithiasique. Ce sera donc en quelque sorte mettre simplement la note vésiculaire sur une série de symptômes de prime abord non définissables.

L'interrogatoire joue le plus grand rôle et doit être mené dans un ordre parfait. C'est pourquoi il est bon de le conduire patiemment en forçant le malade à décrire sa journée digestive.

1° *Dès le réveil*, le vésiculaire accuse une série de petits troubles, non pathognomoniques, mais qui, groupés, offrent une certaine valeur :

— *bouche amère* et *mauvaise haleine;*
— *nausées* suivies quelquefois de pituites bilieuses, faisant dire au malade : « J'ai l'estomac barbouillé »;
— *diarrhée* muqueuse, commandant une évacuation immédiate qui l'a fait nommer « diarrhée *réveille-matin* »;

— *céphalée*, souvent *occipitale;*

— *vertiges immédiats :* « Dès que j'ai posé le pied à terre », dira le malade, caractérisant le *syndrome orthostatique du saut du lit;*

— sensation d'*asthénie :* impression d'être plus fatigué que lors du coucher.

2° Dans le courant de la *matinée*, si le premier déjeuner n'a pas été copieux, on ne remarque en général que peu de choses : dans quelques cas, cependant, il est possible d'observer une exaspération des nausées, qui va quelquefois jusqu'au vomissement; d'autres fois, sensation de faim douloureuse (Lœper).

3° C'est *à partir du repas de midi* que se manifeste le cortège des troubles inquiétant surtout le malade : ils s'apparentent en majeure partie aux troubles dyspeptiques, hypo ou hypersthéniques, mais un certain nombre de signes y mettent la note vésiculaire :

— le plus souvent, ils sont déclenchés par une *alimentation élective :* œufs, lait, corps gras;

— ils s'accompagnent facilement d'*aérogastrie;*

— la *région vésiculaire* est souvent spontanément *douloureuse* pendant la période digestive;

— il n'est pas rare d'observer des crises impérieuses de *diarrhée postprandiale* (Linossier, Chiray);

— *ils n'ont pas la périodicité classique* des troubles ulcéreux et gardent fréquemment l'évolution par crises de trois jours (Gutmann), ou bien ne se manifestent que par un vomissement isolé;

— chez la femme, ils sont exacerbés au *moment des règles*, ou dans les jours précédant leur apparition;

— le plus souvent, *troubles intestinaux* concomitants : constipation opiniâtre, surtout spasmodique, ou alternance de diarrhée et de constipation, quelquefois même diarrhée presque continue;

— le *teint* est habituellement *terreux*, avec subictère et urobilinurie.

4° *La nuit* comporte des manifestations qui sont plus nettement vésiculaires; si l'on n'aboutit pas toujours forcément à une insomnie absolue, très souvent le vésiculaire ressent au milieu de la nuit, classiquement vers 2 heures du matin, des troubles qui le réveillent :

— soit une *exacerbation de la douleur*, épigastrique ou vésiculaire, ou du *pyrosis;*
— soit des *nausées répétées;*
— soit des *vomissements purement bilieux;*
— quelquefois, l'insomnie ne trouve son explication dans aucun malaise digestif.

Ce ne sont pas là tous les petits signes vésiculaires : ceux-là sont classiques et ont été les seuls jusqu'ici à orienter le diagnostic. Les autres, qui ont une signification extradigestive, ne seront étudiés que plus loin.

Il faut maintenant conclure cet interrogatoire par un **examen clinique,** qui ne sera définitif que s'il s'accompagne d'examen radiologique et de tubage duodénal avec épreuve de Metzer-lyon : il nous permettra de faire la part du syndrome vésiculaire causal.

Hormis les cas de grosse vésicule, de lithiase, d'hydropisie; hormis ceux de cholécystite aiguë avec réaction péritonéale, il faut se contenter de rechercher la sensibilité vésiculaire.

1° Soit *directement* par pression au point vésiculaire : méthode illusoire qui ne traduit souvent que la souffrance hépatique.

2° Soit mieux par les *signes d'Abraham* et *de Gilbert.*

3° Soit mieux encore par la *manœuvre de Murphy,* à condition de la pratiquer doucement, et au point électif, sous peine de la mal interpréter : il est, en effet, très facile de la rendre positive par une pression forte; c'est pourquoi il est nécessaire de la faire interpréter par le malade et de n'affirmer sa positivité que lorsque le patient accuse une sen-

sation de piqûre ou de déchirement, uniquement et strictement au point vésiculaire.

Sa recherche doit être pratiquée non seulement dans le décubitus dorsal, mais encore en position assise et en décubitus latéral gauche, dans le but de dégager la vésicule du carrefour hépatique.

4° La *douleur provoquée au point phrénique droit* est un signe également excellent.

5° Enfin, il paraît intéressant de signaler un nouveau point douloureux, bien décrit par J. Rachet et Ch. Rendu en 1935 : on observe, disent-ils, « une douleur vive et très précise sur le bord externe de la masse sacrolombaire par pression élective, qui disparaît ou s'atténue en position assise.

« Ce signe existe dans tous les cas où le diagnostic clinique et radiologique a permis d'affirmer une atteinte vésiculaire, alors qu'il n'est jamais observé avec ses deux caractères dans les affections douteuses. Enfin, il disparaît après cholécystectomie. »

Ce signe, antérieurement décrit par Brizard, fut confirmé par A.-C. Guillaume avec réserve d'un cas où il persista après cholécystectomie.

D'autres points douloureux ont également été décrits : points de Mackenzie, à la pression sur les apophyses épineuses de D 8, D 9, D 10, D 11, point scapulo-huméral, point de Binet sur la 11e côte en arrière.

Un seul signe dans cette énumération a une valeur pathognomonique : c'est celui de Murphy, sous les conditions précédemment exposées. Celui de Rachet et Rendu demande à être confirmé par une expérience plus soutenue.

Après ces constatations cliniques, l'examen doit se compléter par le tubage et la radiologie, les analyses de sang et d'urines n'ayant aucune valeur capitale dans le diagnostic de la variété.

Le **tubage duodénal** peut être pratiqué soit simplement, soit sous écran avec sonde opaque à mandrin métallique. Il peut

montrer par l'épreuve de Metzer-Lyon au sulfate de magnésie ou par l'instillation d'huile d'olives :

1° La présence dans la bile B de germes et de globules blancs traduisant la cholécystite;

2° La variation dans le taux des éléments de la bile B qui peuvent se résumer dans le tableau suivant de Chiray et Marcotte (1930) :

	Cholestérine	Pigments biliaires.	Sels biliaires.
Cholécystite chronique.....			
Choécystatonie.....	+	+	+
Cholécystite lithiasique :			
à vésicule ouverte.....	—	—	—
à vésicule fermée.....	0	0	0

(Absence de bile B dans la vésicule fermée.)

L'examen radiologique, sans préparation, peut montrer la présence de calculs ou quelquefois un bas-fond vésiculaire.

Après tétraiode, on peut observer ou bien une vésicule de cholécystite, déformée, fixée, ou bien une distension et une ptose, traduisant la cholécystatonie.

Ainsi, enrichi par les examens complémentaires, le diagnostic clinique d'affection vésiculaire se complète par celui de sa forme.

Restent à voir maintenant les cas où ce diagnostic, par la prédominance d'un symptôme anormal, peut prêter à erreur.

CHAPITRE II

LES SIGNES DIGESTIFS EXTRAVESICULAIRES DANS LES AFFECTIONS VESICULAIRES

Les symptômes purement digestifs d'origine vésiculaire sont devenus classiques, et ce serait une redite que les décrire à nouveau. Il n'est cependant pas inutile de s'y arrêter un instant.

A. **Du côté gastrique.** — On peut, avec Galindez et Delrioz, diviser les formes gastralgiques des cholécystites chroniques en :

1° forme dyspeptique hyposthénique;
2° forme gastralgique pure;
3° forme pseudo-ulcéreuse;
4° forme pseudo-cancéreuse.

Nous pensons pouvoir rapporter les deux observations suivantes pour montrer que le diagnostic peut malgré tout rester longtemps hésitant.

Observation I (Inédite).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

P... (Léontine), 38 ans. Vient à la consultation du service le 6 juillet 1936, pour une *dysphagie* à début brusque, datant de 8 jours, attribuée par la malade à l'absorption d'un fragment de coquille de crabe, à la suite de quoi elle ne put rien avaler, pas même les liquides, pendant toute la semaine.

Actuellement, la dysphagie a cessé même pour les solides, et la malade n'accuse qu'une *douleur à la nuque* depuis quelques jours.

Ses *antécédents* sont intéressants : elle est soignée depuis neuf ans pour *dilatation d'estomac* : elle présente, en effet, des pesanteurs postprandiales, surtout marquées dans les *jours qui précèdent les règles*, troubles accentués par les sauces, les œufs, les conserves. Sensation d'étouffement nocturne, insomnies fréquentes également avant chaque période; *douleur dans l'omoplate droite.*

Elle a présenté en outre, il y a un an, un *point de côté de la base droite* avec peut-être un peu de pleurite (Dr B...).

L'*examen* montre un Murphy très positif, des points solaires douloureux et un peu de cellulite de la région sous-hépatique.

Une médication cholagogue et désinfectante ainsi que le régime l'améliorèrent. En effet, le 11 juillet, ayant subi une atteinte rhumatismale aiguë, elle entra le 20 juillet dans le service, où l'on nota une diminution de tous les troubles digestifs, appréciable après les repas et la nuit.

L'examen clinique montra une diminution des signes objectifs abdominaux, mais révéla à la *base droite* des poumons une augmentation des vibrations accompagnée de pectorilochie aphone.

Examens complémentaires :

Sang : cholestérol, 2 g. 30; urée, 0 g. 30; glucose, 1 g. 12.

Bile B, recueillie après tubage : cholestérol, 2 g. 20; bilirubine, 0 g. 200; sels biliaires, 4 g. 20.

Radiographie : tétraiode : grosse vésicule, non calculeuse.

La malade sort du service le 1er août en bonne santé.

Cette observation est instructive par sa symptomatologie gastrique qui égara le diagnostic pendant neuf ans; mais nous la citerons à nouveau dans le cours de ce travail pour quelques autres de ses signes.

Observation II (Inédite).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

D... (Marie), 55 ans.

Histoire de la maladie. — La malade entre dans le sective le 9 février 1936, envoyée par le Docteur D..., avec le diagnostic de *sténose pylorique :* depuis quinze jours environ, intolérance gas-

trique complète, en même temps constipation opiniâtre durant depuis très longtemps : selles tous les 3 ou 4 jours; souvent même, rétention de huit à douze jours malgré les laxatifs et les lavements.

Depuis six ans, sans antécédent pathologique, *troubles dyspeptiques :* anorexie élective pour les graisses et les œufs, pesanteurs postprandiales. Peu à peu, ces pesanteurs deviennent des douleurs (fin 1933) dans tout l'abdomen. Petites crises de coliques dans le flanc droit, endolorissement quasi permanent de la fosse iliaque droite. Pas de vomissements.

Le 10 juin 1935, brusquement point douloureux dans la fosse iliaque droite. Le repos et la glace font tout rentrer dans l'ordre en quelques jours.

Le 10 août 1935, nouvelle crise. Appendicectomie. Suites normales.

Le 15 août 1935, vers 4 heures du matin, douleur constrictive violente en ceinture au niveau de la région épigastrique sans irradiation. Pas de phénomènes réactionnels, mais, après une heure, vomissements qui atténuent la douleur; deux heures après, simple endolorissement. Le lendemain, subictère et urobilinurie.

Depuis, endolorissement permanent de l'hypochondre droit avec, tous les huit jours, crises semblables à celle du 15 août, et *accès pseudo-palustres :* frissons violents avec chaleur et sueurs, et le lendemain, urobilinurie et subictère.

Amaigrissement important. Epistaxis fréquents, et le lendemain des crises, prurit généralisé.

Depuis le 20 décembre, l'endolorissement devient une douleur réelle avec intolérance gastrique totale, malgré l'eau chloroformée.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. *Ménopausée* depuis le mois d'août.

Examen le 10 janvier 1936. — Malade amaigrie, au teint jaune; conjonctives subictériques.

Appareil digestif. — Abdomen ballonné :

— à droite, dans l'épigastre, légère défense;

— à gauche, défense musculaire avec hyperesthésie cutanée;

— point vésiculaire très douloureux. Murphy net.

Appareil respiratoire : submatité et diminution du murmure vésiculaire à la base droite.

Tension artérielle : Mx, 16; Mn, 7; Io, 2.

Evolution. — Le lendemain du tubage duodénal qui lui fut pratiqué, la malade fit une crise, caractérisée par température à 39 degrés avec frissons, légère douleur dans l'hypocondre droit, prurit généralisé, qui cessa dans la journée.

Par la suite, amélioration très nette jusqu'au 26 janvier, où une nouvelle crise se manifesta, semblable à la précédente.

La malade sort améliorée le 16 février.

Le tubage avait montré la présence de coli dans la bile B, avec une diminution du taux de ses éléments. La radiographie ne donnait aucune image nette.

L'intérêt de cette observation est à considérer, malgré la rareté clinique d'un tel fait, puisqu'il élargit le cadre de la pathologie vésiculaire.

Très souvent, l'affection vésiculaire se complique; moins souvent elle ne se manifeste que par des crises d'*aérophagie* prandiales ou postprandiales gênant considérablement le malade, au point de motiver une consultation. Jacquelin et Chêne ont spécialement insisté sur cette manifestation. Il faut reconnaître cependant avec Chêne et J. Dubarry que, dans la majeure partie des cas, il s'agit plus d'aérogastrie que d'aérophagie pure. On ne note, en effet, pour ainsi dire pas de crises d'aérophagie paroxystique, et le plus souvent le malade n'accuse qu'une sensation de ballonnement et de plénitude après les repas, même légers, s'accompagnant d'éructations abondantes qui font diminuer cette pénible impression postprandiale (Cf. obs. X). Un traitement spécifiquement vésiculaire améliore considérablement ces troubles : la preuve en est dans le cas XII, où une aérogastrie, qui se compliquait même d'angor, a cédé aux cholagogues.

B. — Fréquentes aussi sont les **manifestations intestinales** : on connaît les crises de *diarrhée prandiale* et la *diarrhée réveille-matin*. On sait que *l'alternative de diarrhée et de*

constipation n'est pas rare; enfin, le plus souvent, c'est de *constipation simple* qu'il s'agit; elle se manifeste sous deux formes (Chêne et Dubarry) :

— *atonique*, si le malade est sympathicotonique; cas accompagné de dyspepsie hyposthénique;

— *spasmodique*, s'il est vagotonique avec estomac hyperkinétique : cette dernière forme étant plus spécifiquement vésiculaire.

Moins connue et pourtant classique est la crise d'*entérocolite muco-membraneuse*, qui peut n'être que l'unique manifestation de l'affection vésiculaire. Si, en règle générale, le diagnostic de la cause en est aisé, il peut se faire que, n'étant que la seule extériorisation de la cholécystite, l'entérocolite oriente vers un autre point de départ, ainsi qu'en fait foi l'observation suivante.

Observation III (Inédite).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

D... (Louise), 23 ans. Entre le 30 décembre 1935.

Histoire de la maladie. — La malade, constipée depuis toujours, a eu le 12 décembre 1935 un épisode aigu avec frissons répétés, dyspnée, céphalées violentes, douleurs abdominales diffuses, mais surtout du côté droit; nausées et quelques petits vomissements bilieux striés de sang. Grande lassitude.

Après huit jours, la malade s'alite : les vomissements sont plus abondants. *Intolérance gastrique totale.*

Violentes coliques du bas-ventre à droite, avec *douleurs* lancinantes qui, nées de *la base de l'hémithorax droit*, s'irradient presque dans l'épaule gauche.

Son médecin diagnostique une *grippe intestinale* et la traite sans succès.

Antécédents. — Grande constipation; selles tous les deux ou trois jours par laxatifs; quelquefois douze ou quinze jours sans selles (vertiges, subictère, vomissements bilieux).

Depuis décembre, anorexie totale, asthénie, amaigrissement.

Examen. — Malade pâle, anémiée.

Appareil digestif. — Signes fonctionnels : anorexie totale; intolérance gastrique; vomissements bilieux fréquents; douleurs permanentes de la fosse iliaque droite; constipation.

Signes physiques : région appendiculaire douloureuse; boudin cæcal; Murphy +.

Evolution. — Le 2 janvier 1936, un lavement ramène une grande quantité de matières.

Le 4 janvier 1936, radiographie : sigmoïde allongé.

Le 6 janvier 1936, douleurs intenses; maxima dans l'hypochondre droit avec irradiations en hémi-ceinture; intolérance gastrique totale; vomissements bilieux.

L'examen, après chaleur locale et suppositoire belladoné, montre un point appendiculaire douloureux; un Murphy excessivement net; un point phrénique net à droite.

Le 7 janvier 1936, un grand lavement ne donna rien.

Par la suite, après des tubages duodénaux, une amélioration eut lieu, et la malade sortit le 10 mars guérie.

Le premier tubage, fait le 12 février 1936, avait montré une diminution des éléments de la bile B; celui du 25 février 1936 donne des taux normaux.

Enfin on ne saurait oublier, tant c'est chose commune, le diagnostic des cholécystites, lithiasiques ou non, aiguës ou chroniques, avec l'appendicite, simple mention, chacun ayant à l'esprit des cas d'appendicectomies non suivis de guérison, où en réalité l'épine irritative était la vésicule.

CHAPITRE III

LES MANIFESTATIONS NERVEUSES

Nombreuses sont les manifestations nerveuses d'origine vésiculaire : elles demandent à être classées, et nous croyons pouvoir les subdiviser en :

1° Manifestations périphériques : la douleur :
   a) spontanée;
   b) provoquée.
2° Manifestations psychiques;
3° Troubles céphaliques;
4° Troubles d'ordre végétatif.

I. — *La douleur.*

Tout d'abord, à ne considérer que son *intensité*, la douleur spontanée ne peut être acceptée comme pathognomonique, puisque l'on peut observer aussi bien des lithiasiques sans crise de colique hépatique que des cholécystites légères avec douleur intense. Avec Gutmann, l'on peut dire que, « en réalité, toutes les crises vésiculaires, d'origines très diverses, se ressemblent quant au caractère même de la douleur », c'est-à-dire qu'il ne faut pas croire que « petites douleurs vésiculaires ou troubles dyspeptiques légers veulent dire petites cholécystites, et que colique hépatique veut dire calcul ».

De même au point de vue du *siège* de la douleur, si bien souvent celle-ci est vésiculaire, et les troubles, gastriques, il n'est pas rare que ces signes se compliquent de localisations

tout autres, et que quelquefois même ces localisations éloignées soient les seules révélées au cours de l'interrogatoire du malade. Nous passerons rapidement sur les sensations douloureuses à distance.

1° Dans l'épaule droite : au niveau du deltoïde, en dehors et en arrière de l'articulation scapulo-humérale;

2° Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite;

3° Dans la région interscapulo-vertébrale droite;

4° En arrière du sternum, le malade accusant une « sensation de boule », ou de pyrosis.

Elles sont classiques et d'observation courante.

Nous reviendrons plus loin sur la douleur de la nuque, ainsi que, dans un autre chapitre, sur la propagation dans le bras gauche.

Moins facilement rapportées à leur cause sont les douleurs siégeant à gauche et dans les lombes.

La *douleur de l'hypocondre gauche* est cependant de diagnostic facile, car elle prédomine dans les périodes postprandiales et ne pourrait orienter que vers une atteinte gastrique, les lésions cardiaques, pulmonaires ou spléniques n'ayant pas les mêmes caractères : Gutmann, Chiray-Pavel et Lomon, Walther, la signalent dans leurs traités classiques. Ramond et Chêne en discutent la pathogénie dans un article (1929), sans pouvoir la définir. L'observation suivante ne prouve guère autre chose que la possibilité de son existence.

Observation IV (Inédite).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

L... (Marie), 63 ans. Entrée le 20 juillet 1936.

Histoire de la maladie. — Le début est difficile à déterminer, la malade ayant toujours été plus ou moins dyspeptique.

Depuis deux ans, malaises au moment des digestions, avec anorexie et vomissements.

Puis ces malaises se sont peu à peu transformés en *douleurs* siégeant dans l'épigastre et l'*hypocondre gauche* : le *type* en est

variable : souvent ballonnement et sensation de plénitude avec *éructations abondantes*, parfois tiraillements et brûlures remontant dans l'œsophage. *Irradiations :* quelquefois dans l'épaule droite; le plus souvent, entre les deux omoplates, quelquefois aussi dans la nuque. Leur *horaire* est tardif : trois heures après les repas, et surtout le soir, où elles sont plus violentes. Elles sont *influencées* par les sauces, les graisses, les boissons alcoolisées. Quant au *rythme*, il est irrégulier; les crises ne sont pas quotidiennes; depuis deux ans, elle a souffert six mois, puis calme pendant un an; elle souffre maintenant depuis quatre mois.

Bouche amère le matin, pas de vomissements.

Antécédents. — Typhoïde à 3 ans. Ménopause à 42 ans; mais chacune de ses époques était accompagnée de migraines et de vomissements bilieux.

Examen. — Malade agitée et prolixe.

Appareil digestif : Creux épigastrique sensible; Murphy positif mais léger.

Tubage (26 juillet). — Bile B : cholestérol, 1 g. 50; sels biliaires, 9 g. 5; taux légèrement augmenté.

Radiographie. — Rien à signaler.

La malade sort améliorée le 28 juillet.

Quant aux *douleurs lombaires*, elles sont bien souvent causes d'erreur, et dans bien des cas, avant l'examen radiologique, c'est le diagnostic de lithiase rénale ou de pyélonéphrite qui est porté. Mais certaines de leurs manifestations donnent une signification encore tout autre, témoin les deux observations suivantes, que nous rapportons.

Observation V (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur Dubarry.)

B... (Henri), 43 ans. Vient consulter à l'hôpital le 18 avril 1936, parce que, prétend-il, après avoir été renversé par une automobile quelques jours auparavant, il ne cesse de souffrir de *sa région lombaire*. Entre temps, examiné par un médecin ostéopathe, ce

dernier aurait fait le diagnostic de *subluxation lombaire* et l'aurait réduite. Mais, depuis, les douleurs ont persisté, à point de départ dans l'hypocondre droit, et s'irradiant en demi-ceinture dans les lombes, avec maximum trois heures après les repas.

L'interrogatoire et l'examen (gros foie, teint subictérique) orientent vers le diagnostic de cholécystite calculeuse, qui est vérifié par la radiographie sans préparation.

Une médication uniquement dirigée au point de vue vésiculaire améliora notablement le malade.

Cette observation est intéressante au point de vue du début clinique de la cholécystite, qui a été objectivé par un traumatisme, et de l'erreur de diagnostic qu'elle a entraînée.

Observation VI (Inédite).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

D... (Jeanne), 28 ans. Entre dans le service le 12 mai 1936, parce qu'elle vomit.

Histoire de la maladie. — Le début remonte en décembre 1935 (le 20 environ). Il est caractérisé par une *violente douleur lombaire* avec sensation de craquement, dit la malade. Obligée de s'aliter, le repos ne la calme pas; elle ressent des lancements presque continuels dans les lombes, avec paroxysme au moindre effort.

En même temps, l'appétit est disparu; elle éprouve de l'*asthénie* et ressent des *palpitations. Insomnie.*

Après quinze jours, ces douleurs font place à une sensation de tension, accrue par la fatigue.

Le 10 février 1936, à la suite d'un écart de régime, la malade est prise, à 3 heures de la nuit, de *vertiges* avec nausées, et elle rend les repas de midi et du soir.

La nuit et le lendemain, coliques dans tout l'abdomen, avec point douloureux épigastrique.

En mars, crise semblable.

Le 11 mai, crise semblable encore après ingestion d'aliments crus : à minuit, céphalée violente, nausées, vomissements alimentaires, puis bilieux. Douleur violente, à type de torsion, dans

l'hypocondre droit, s'irradiant vers l'omoplate gauche; son médecin l'envoie à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Vomissements bilieux jusqu'à l'âge de 14 ans, calmés par l'apparition des règles.

Examen. — Foie un peu gros; subictère; Murphy + +.

Radiographie. — Vésicule ptosée, dont le bas-fond est au niveau de L 3 (cholécystatonie).

L'observation suivante, empruntée à Roch, qui la publia tout récemment, le 28 octobre 1937, est encore un type d'erreur de diagnostic.

Observation VII.

(Roch, *Presse médicale*, 28 oct. 1937.)

F... (Mme), 33 ans. Est adressée au Docteur Roch par un de ses confrères : depuis quelques années, la malade aurait eu de rares crises, dites de coliques hépatiques; mais, depuis six mois, ces crises, de plus en plus violentes, s'accompagnent de douleurs lombaires intolérables. La radiographie a montré un peu de périviscérite, séquelle d'une appendicectomie, pratiquée il y a longtemps, et quelques déformations (?) des dernières vertèbres lombaires, mais aucune image de calculs vésiculaires. Le traitement ordonné par le médecin traitant (injections profondes d'alcool; antipyrine entre les lames vertébrales, et diathermie), a plutôt exacerbé les douleurs.

Maintenant, outre ses lombalgies, la malade ressent de violentes névralgies cervico-brachiales.

Histoire de la maladie. — Trois accouchements, dont le premier s'est compliqué d'une appendicectomie au quatrième mois.

Depuis cette opération, la malade ressent des tiraillements et des douleurs qui s'irradient dans le dos du côté droit. Dès après le premier accouchement, il se produit des crises de coliques avec léger subictère.

Entre les deux grossesses suivantes, quelques crises de coliques et de névralgies intercostales.

Depuis six mois, les douleurs sont de plus en plus persistantes

et de plus en plus violentes, particulièrement à la colonne lombaire et entre les épaules. Lorsque la malade marche un peu, elle souffre des chevilles, des genoux, des reins.

Mme F... se plaint encore de céphalées ,de troubles de la vue, de *vertiges*, de nausées le matin au réveil. Elle a parfois des vomissements et a *maigri en quelques mois d'une dizaine de kilogrammes.*

Examen. — Rien à signaler dans les appareils cardio-vasculaire, respiratoire et génito-urinaire.

Anorexie et dyspepsie élective pour les œufs, le lait, les aliments gras.

Selles normalement colorées.

Palpation abdominale douloureuse un peu partout, surtout au niveau de la cicatrice d'appendicectomie, et plus encore au point vésiculaire.

La percussion des apophyses épineuses des vertèbres lombaires est désagréable mais non douloureuse.

Radio. — Cholécystographie, vésicule bien opacifiée, à contours réguliers, sans calcul. Après ingestion de 3 œufs, évacuation incomplète.

Le tubage duodénal pratiqué a eu deux résultats :

1° Il a montré la présence dans la bile B de globules blancs assez nombreux, de boues biliaires et de pertes, concrétions, témoins d'une cholécystite indubitable qui fut peut-être à un moment donné calculeuse et qui pourrait le redevenir.

2° *Il a guéri la malade*, qui, après le tubage éprouve un grand bien-être. La palpation de l'abdomen est devenue insensible, le signe de Murphy restant seul légèrement positif; la percussion vertébrale est indolore. Les douleurs lombaires ont disparu incomplètement. L'irradiation scapulaire fait totalement défaut.

Trois mois et demi après, l'amélioration persiste, la malade n'ayant plus souffert.

Roch conclut que, au lieu de « voir dans la cholécystite la focal-infection d'un état rhumatismal », il est « ... plus simple et concordant mieux avec ce que nous observons sou-

vent, d'admettre que la vésicule irritée, enflammée, se vidant mal, était à l'origine d'irradiations douloureuses, vertébrales et scapulaires ».

Enfin des phénomènes plus rares d'irradiations peuvent se signaler dans le *bras droit* : soit une *névralgie* simple, signalée par Mackenzie (cité par Walther), soit moins fréquemment des *paresthésies* totales ou segmentaires mises en évidence en 1931 par Villaret et Camus.

Quant à la douleur à type angineux, elle fera l'objet d'une étude spéciale.

Il est intéressant de rapprocher ces localisations éloignées de celles signalées, il y a peu de mois (1937), par Savy, Froment, Chapuy et Jeune dans l'ulcus gastro-duodénal. Ils les divisent en :

1° *Formes dorso-lombaires :*

obs. I : type pseudo-néphritique;
obs. II : douleurs lombaires gauches;

2° *formes hypogastriques ou pseudo-intestinales :*
obs. III : douleurs dans la fosse iliaque gauche;
obs. IV : douleurs à siège appendiculaire;

3° *formes thoraciques :* pas d'observation.

La **douleur provoquée** à distance a trois sièges de prédilection :

— *région lombaire* (signe de Rachet et Rendu);

— *hypocondre gauche :* celle-ci serait due : pour Ortner, à un spasme gastrique; pour Gilbert, à une congestion splénique; enfin, pour Ramond et Chêne, à une distension gazeuse de l'angle colique gauche;

— enfin, les syndromes vésiculaires, avec péricholécystite particulièrement, peuvent s'accompagner d'une *douleur à la pression du nerf phrénique droit*, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien.

II. — *Les manifestations psychiques.*

Les manifestations psychiques dans les affections vésiculaires sont monnaie courante : les médecins connaissent tous ces malades anxieux, inquiets de leur sort, dont le populaire signe le diagnostic, en prétendant qu' « ils se font de la bile » et qui ne sont autres que des vésiculaires.

Il est très intéressant de se reporter pour ces constatations à l'article publié par Chiray et S. Zitzermann en 1930, sous le titre : *Etats mélancoliques. Atonie vésiculaire et stase biliaire.* Ils rappellent tout d'abord l'étymologie du mot mélancolie : μελαινα (noire), χολη (bile), puis signalent qu'Hippocrate traitait ces anxieux par l'ellébore, aux propriétés cholagogues, qu'Arétée, de Cappadoce (I^er^ siècle av. J.-C.) signalait comme signes organiques chez ces malades : le teint jaune, l'amaigrissement, l'insomnie, les troubles intestinaux et même la bradycardie, et que Galien enfin écrivait : « Quand l'exhalaison atrabiliaire remonte au cerveau, il se produira dans l'intelligence des symptômes mélancoliques), l'atrabile n'étant autre chose que la μεγαινα χολη (la bile noire).

Après avoir poursuivi leur historique jusqu'à nos jours, ils rapportent à la lumière de 12 observations de cholécystatonie les symptômes observés. Pour les auteurs, en effet, la cholécystatonie, à côté de ses signes radiologiques et de ceux fournis par le tubage, à côté des troubles de dyspepsie biliaire et des signes de vagotonie, peut ne se manifester que par des phénomènes de psychopathie.

a) Ce sera tout d'abord *la tristesse :* le malade ne prend plaisir à rien, évite même ce qui peut lui causer quelque plaisir, pour se cantonner dans une solitude que rien ne peut lui faire abandonner.

b) Il est également *anxieux*, c'est-à-dire inquiet de son sort, craignant tout ce qui peut lui causer quelque tort, s'interrogeant sur lui-même, sur son état de santé à tel point

que, s'il n'est pas amélioré par le traitement qui lui sera ordonné, il errera de médecin en médecin, fidèle rôdeur des cabinets de consultation. Baruk (1935) a récemment fait un travail important sur *L'anxiété biliaire.*

c) Il est aussi *asthénique :* fatigué dès le matin au réveil (p. 13), tout lui fait peine à accomplir; il « traînera » sur ses jambes la journée entière, n'ayant de courage que pour prendre quelque repos.

d) C'est enfin un *aboulique :* sans volonté aucune pour se décider, il se trouvera à perpétuité dans le doute, et s'il se résout à un acte quelconque, ce sera pour se demander s'il n'aurait pas mieux agi dans un autre sens.

e) Les auteurs ajoutent l'*insomnie,* mais elle nous paraît devoir être considérée aussi bien comme une manifestation de la douleur nocturne des vésiculaires que comme la conséquence de l'anxiété et de l'aboulie.

A l'appui de leurs considérations, Chiray et Zitzermann terminent par la preuve thérapeutique : les 12 malades chez qui ont été observés ces troubles ont été améliorés par les tubages duodénaux.

Enriquez signale comme troubles psychiques : l'*instabilité,* qui se rattache à l'aboulie; l'*irritabilité,* conséquence de l'anxiété et l'*émotivité exagérée :* l'homme triste ne se trouble-t-il pas facilement ? Ce sont donc sous une autre forme les manifestations signalées par Chiray et Zitzermann.

Abadie (1930) avait noté également ces mêmes troubles.

Nous n'avons pas d'observations à publier sur cette question, tout au moins dans une forme pure, et même qu'apporteraient-elles qui n'ait été très souvent constaté ?

III. — *Troubles céphaliques.*

Parmi les troubles céphaliques que nous pouvons lier d'effet à cause aux affections vésiculaires, la *migraine* occupe la première place : la donnée est trop courante pour que dans

ce travail nous puissions y insister. A.-C. Guillaume, dans son rapport à la Société de gastro-entérologie de Paris, le 9 novembre 1936, a étudié avec détails la place de l'élément hépato-digestif dans la physio-pathologie de la migraine. Contentons-nous de mentionner que, chez les vésiculaires, les crises migraineuses apparaissent de préférence après les repas, une ou deux heures après, accompagnées de vomissements bilieux, à l'occasion d'un écart de régime, typiques dans leur siège et dans leur évolution. Elles sont particulièrement fréquentes dans la cholécystatonie (Chiray, Lomon, Zitzermann, Pavel, Milochevitch). Intéressante à signaler est l'observation publiée par Roch, de Genève, le 6 février 1937, sous le titre : *Migraine amblyopique avec floculation oculaire.*

Observation VIII (Résumée).

(Roch, in *Presse médicale*, 6 février 1937.)

La malade, âgée de 47 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants, a commencé à présenter depuis 1920, à dater d'une grippe, dit-elle, les phénomènes suivants : lorsqu'elle mange soit des œufs, soit des plats, entremets ou glaces aux œufs; lorsqu'elle prend une purgation ou même un léger laxatif, elle éprouve des crises qui, débutant par l'apparition d'une voile devant les yeux et par une sensation d'insensibilité, commençant aux doigts pour remonter jusqu'aux bras, aux épaules et à la bouche qui lui semble cocaïnisée. Puis surviennent de fortes céphalées avec nausées, mais sans vomissements. La durée de la crise est de quatre à cinq heures, heureusement influencée par l'aspirine. La persistance du brouillard devant les yeux atteint quatre et six jours, diminuant de beaucoup l'acuité visuelle pourtant faible de la malade. La périodicité des accès, les céphalées et les nausées, ainsi que les prodromes oculaires, font poser à l'auteur le diagnostic de migraine opthalmique malgré l'absence du scotome scintillant.

L'examen oculaire nous apprend que « la partie postérieure de la cornée est parsemée de précipités d'aspect lardacé. Il y a

d'anciennes synéchies iriennes postérieures, le corps vitré est trouble. Ces opacités sont dues à des floculations et non à des infiltrations leucocytaires ».

Examen clinique. — Il montre des signes de cholécystite : foie congestionné; Murphy positif; bile à réaction inflammatoire.

Radiographie. — Vésicule distendue, image peut-être calculeuse du cystique.

L'auteur suggère la possibilité d'une floculation oculaire par les traces d'albumine d'œuf parvenant dans les milieux transparents, mais, devant le déclenchement des troubles par des phénomènes d'origine intestinale (laxatifs, lavements), pense que l'œuf agit davantage en temps qu'agent provocateur de troubles hépatho-biliaires.

Nous n'avons pas à tirer d'autres conclusions de cette rareté clinique : l'hypothèse nous séduit tout particulièrement mais serait encore plus instructive si la preuve thérapeutique y était jointe.

Plus spéciale aux affections vésiculaires est la *céphalée occipitale :* nous la retrouvons dans les observations I, V, XII... Elle n'est pas malheureusement constante, mais son existence est d'une grande importance diagnostique.

Signalée par Chiray, dans son rapport sur la migraine biliaire à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 10 juin 1927, où il ne la considère que comme une irradiation ascendante de la douleur vésiculaire, elle a été étudiée par F. Ramond et Chêne en 1929, auxquels nous empruntons ses caractéristiques :

1° Elle est *franchement occipitale*, irradiant quelquefois vers la nuque, parfois jusqu'aux premières vertèbres dorsales.

2° *Elle apparaît spontanément*, avec maximum le matin, pour disparaître l'après-midi; quelquefois, elle est exacerbée par les repas.

3° Elle *disparaît* enfin *avec l'affection vésiculaire causale.*

Actuellement citée dans les traités, la céphalée occipitale n'est cependant pas autant connue qu'elle le mérite : elle se

trouve, en effet, pathognomonique des affections vésiculaires, et l'observer est déjà presque fixer le diagnostic. Cependant, elle n'est pas toujours pure, malgré les affirmations de Ramond et Chêne, puisque nous avons observé, dans quelques cas, des irradiations frontales donnant au malade la sensation d'un casque occipito-frontal (obs. XV).

Bien que nous soyons dans le chapitre des troubles nerveux, il nous paraît intéressant d'aborder dès ici un symptôme qui, par son siège et quelques-uns de ses caractères, se rapproche de la céphalée occipitale : il s'agit de la CELLULITE DE LA NUQUE. Elle a été étudiée récemment par M. Brûlé (1937). Les constatations les plus utiles nous paraissent être les suivantes :

— Le malade *n'accuse pas de souffrance* dans cette région. Tout au plus, dans certains cas, il se plaint d'un enraidissement du cou, de douleurs légères occipitales, accrues par le refroidissement et certains mouvements. Mais il n'est pas rare qu'il accuse des céphalées antérieures, à localisation occipitale, souvent aussi frontale, temporale ou diffuse, ou bien des migraines vraies.

— *Cliniquement*, la *peau de la région peut avoir perdu sa souplesse* paraissant fixée aux plans sous-jacents. Le tissu cellulaire sous-cutané est empâté et douloureux à la pression, les muscles, en particulier les trapèzes, sont infiltrés, gonflés, douloureux, et présentent des nodosités sensibles à la pression.

— *Au point de vue étiologique*, toutes les insuffisances endocriniennes ont été signalées, mais pour Guy Laroche il y a prédominance presque exclusive d'insuffisance ovarienne, tandis que Brûlé accuse, également de façon presque exclusive, deux catégories de maladies : les *colopathies chroniques* et les *cholécystites chroniques, lithiasiques ou non.*

— L'auteur en fait un *élément diagnostique* important, au point de pouvoir affirmer une lithiase vésiculaire en l'absence de coliques hépathiques et de signe de Murphy, et de pouvoir d'emblée faire la part entre une gastropathie vraie

et une gastropathie d'origine vésiculaire (il cite une observation de malade laparotomisé à tort pour ulcus).

— Après un mot de *thérapeutique* (la cellulite serait guérie par le massage et le traitement étiologique), Brûlé fait le *rapport de cette affection avec la céphalée et la migraine* : avec l'école suédoise, il affirme que la céphalée est guérie en même temps que la cellulite, et bien souvent aussi la migraine, simplifiant quelque peu le complexe pathogénique de la maladie migraineuse.

Nous n'avons pas d'observation personnelle où le diagnostic se soit posé uniquement sur cette manifestation : il nous a été cependant loisible de l'observer dans un certain nombre de cas, et nous le notons en particulier dans ceux des observations XII et XV. Nous pensons qu'il était utile d'insister quelque peu sur ce signe de valeur, de signification trop souvent méconnue.

Gutmann (1927) a signalé la possibilité, chez les dyspeptiques, d'épilepsies, d'absences et de vertiges.

a) Crises épileptiques. — Il signale le déclenchement chez un malade de crise épileptique par pression sur la région appendiculaire atteinte : or, le sujet est vagotonique, n'a jamais eu de crise antérieure. Il l'explique en constatant que si les accidents convulsifs peuvent être causés par un ralentissement paroxystique du pouls (maladie de Stockes-Adams), les affections intestinales sont souvent à l'origine d'une brachycardie paroxystique. La pathogénie semble donc indiscutable.

b) Troubles a allures d'équivalents d'origine digestive réflexe. — Il classe dans ce groupe :

1° *les états lipothymiques* (cf. obs. IX et XI);
2° *les absences.*

Observation I : absences avec pouls à 40 chez un colitique de son service.

Observation II : asthme, vertiges, absences.

c) Vertiges. — Ils sont d'observation courante chez les vagotoniques atteints d'affections intestinales, appendiculaire, vésiculaire et hépatique.

L'observation VI en donne une preuve puisque la sensation de vertige est prémonitoire de la crise.

Mais c'est là une donnée courante sur laquelle nous ne pouvons nous étendre.

Citons au passage, avec Chiroy, la possibilité de manifestations nerveuses assez exceptionnelles :

— contractions spasmodiques des jambes et surtout des mains et des doigts;
— tétanie (Gilbert, Oury et Mme Fouard);
— paralysies variées (hémiplégie droite, paraplégie);
— zona sur 8^{e} et 9^{e} nerfs intercostaux (Bécus, Chauffard), ainsi qu'avec Guttman, la possibilité d'amaurose subite.

IV. — *Troubles d'ordre végétatif.*

Les affections vésiculaires peuvent enfin déclencher des troubles d'ordre neuro-végétatif : rappelons tout d'abord la migraine et les vertiges; ne nous attardons pas sur les accidents sensoriels décrits par Parturier et Vallerix en 1929, pour étudier plus particulièrement la forme lipothymique à la lumière de la démonstrative observation suivante :

Observation IX (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur Dubarry.)

Mme M..., 38 ans, institutrice. Vient consulter le 10 octobre 1937, parce que, depuis dix ans, après une grossesse, mais surtout depuis sept ans, elle présente à espaces assez distants et irréguliers des *syncopes*.

La nuit qui les précède, la malade ne se sent pas très bien, sans pouvoir définir ses troubles.

Elle sent venir la syncope, peut s'asseoir, mais ensuite la perte de connaissance est complète.

A la fin de la syncope, besoin impérieux de selle sans mélæna.

Elle est ensuite asthénique pendant deux ou trois jours.

L'avant-dernière syncope a eu lieu en janvier 1937; la dernière, fin septembre.

En avril 1937, après avoir pris froid, *douleurs à la base du thorax* des deux côtés, très violente un matin avec irradiations dans l'*hypocondre droit*. Durée, huit jours, avec paroxysmes obligeant la malade à se coucher en chien de fusil. Les trois derniers jours, constipation absolue : un laxatif fit évacuer des selles mastic.

Elle présenta en plus des nausées, sans vomissements, jamais de température; les urines sont restées claires et limpides; pas de diarrhée ni de constipation.

Depuis sept à huit ans, troubles digestifs : à cette époque, troubles importants douloureux, dont une syncope semble avoir marqué la fin; depuis elle souffre toujours, sans répit, surtout avec une alimentation riche en graisses et œufs.

Gonflement épigastrique, une ou deux heures après les repas.

Pyrosis, surtout après le vin pur, le beurre cuit, les œufs, la charcuterie, les sauces.

Somnolence postprandiale; insomnie nocturne.

Palpitations pénibles avec légère angoisse; battements épigastriques.

Quelques éructations.

Caractère mélancolique et anxieux, cauchemars, somnambulisme.

Epaule droite presque toujours douloureuse.

Règles normales.

Deux grossesses, la deuxième avec plusieurs syncopes. Au début de son mariage, fausse couche probable avec phlébite double.

Examen. — Murphy + + +.

Radiographie. — Calculs calcifiés vésiculaires.

Un traitement cholagogue fut institué, et voici ce que nous écrit la malade un mois après (lettre du 16 novembre 1937) :

« Sachez d'abord que, depuis un mois, je suis très sérieusement le traitement prescrit et m'en trouve sensiblement mieux.

» Depuis le commencement de la cure..., je n'ai eu aucun malaise syncopal.

» J'ai retrouvé un sommeil régulier, que j'avais perdu depuis près de 12 années. Je dors profondément toute la nuit sans m'éveiller une seule fois. La sensation très pénible de fatigue que je ressentais chaque matin a complètement disparu.

» Je digère mieux les aliments... »

On ne peut mieux définir une amélioration notable. Dans cette observation, où le seul interrogatoire et la positivité du Murphy avaient conduit à un diagnostic que la radio confirmait, on voit que la manifestation principale en était la syncope : le médecin traitant, qui n'avait pas mis la cause en évidence, avait vu échouer sa thérapeutique.

Observation X (Inédite).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

T... (Elvina), 42 ans. Entre dans le service le 30 décembre 1936, parce qu'elle souffre de céphalées et de lipothymies.

Histoire de la maladie. — Depuis dix ans, la malade présente des céphalées : peu fréquentes d'abord, elle les ressentit ensuite plus violemment, surtout le matin et dans la nuit. Le siège en était pariéto-frontal. Elles durèrent deux ans, pour se calmer quatre ans.

Puis elle ressentit des douleurs épigastriques avec gonflement et *impression de nombreux gaz*, qu'elle ne pouvait rendre : ces crises atroces la faisaient se tordre et se rouler à terre. En corrélation avec ces douleurs, céphalée frontale, calmée comme elles, une heure après l'émission de gaz. Durée de cet épisode : un an. Accalmie : quatre ans.

Alors, après de gros ennuis, les céphalées réapparaissent : *occipitales*, irradiées en avant; peu à peu, crises de plus en plus fréquentes.

Le 31 décembre 1936, *crise lipothymique* : sensation de mort, impression de vide; vertige net suivi de chute; les sens étaient émoussés : la malade ne pouvait ni parler, ni se relever, voyait trouble et entendait mal. Durée : une heure. Entre à l'hôpital.

Antécédents. — Constipation opiniâtre; règles normales.

Examen (7 janvier 1937) :

Appareil digestif : Constipation, ballonnement; Murphy + + ÷.

Traitement vésiculaire qui améliore la malade. Sort guérie.

Jusqu'alors, les crises syncopales n'étaient considérées que comme complications des crises de coliques hépatiques, assez exceptionnelles d'ailleurs. Chiray, Pavel et Lomon ne la mentionnent même pas dans leur ouvrage.

Seuls Caïn et Olivier, en 1935 (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 janv. 1935), rapportent un cas de crises vagotoniques à répétition, symptomatique d'une cholélithiase latente : le malade ressent une brusque sensation de vertige avec éblouissement; il tombe sans syncope ni absence; il présenta d'ailleurs pendant l'examen clinique des auteurs une crise semblable, décrite dans ses détails : le pouls, petit, battait à 50; la tension artérielle était basse : Mx, 10; Mn, 7; le Murphy était négatif; seule la radio permettait le diaggnostic que la guérison après cholécystectomie confirma.

Il était utile d'insister quelque peu sur elle d'autant que le rapport de E. May et Gallot, au Congrès médical de Paris (1936), met en évidence une pathogénie possible d'ordre purement neuro-végétatif. Divisant les réactions sympathiques en *ecto* et *endosympathoses*, et subdivisant celles-ci en *formes d'excitation* et *forme d'inhibition*, ils introduisent les affections vésiculaires dans l'étiologie de ces deux formes : les inflammations chroniques donnant surtout la forme d'excitation; la lithiase, la forme d'inhibition, la succession de ces deux formes étant toujours possible chez le

même malade. Ils rapportent une observation (obs. IV) où cependant il n'y a pas syncope vraie : les troubles manifestés sont les suivants :

— tendance à la syncope avec sensation d'arrêt du cœur;
— tension artérielle basse;
— sensation pénible de refroidissement;
— après la crise, persistance d'une grande fatigue : asthénie psychique; dégoût du travail.
— prédominance des crises dans la période prémenstruelle;
— évolution en alternance de périodes de bien-être et de crises;
— absence quasi constante de symptômes organiques.

Nous retrouvons ces tendances lipothymiques chez plusieurs de nos malades, et en particulier dans une observation citée plus loin (obs. XI).

Pour les auteurs, ce serait une inhibition du sympathique qui, provoquant une accumulation de sang dans les capillaires et le système veineux, provoquerait une surcharge dans le travail du cœur. Il faut naturellement en conclure que ce cœur était, au préalable, dans un état de déficience organique, ou tout au moins de prédéficience non décelable cliniquement, et que seul un tracé électro-cardiographique eût pu mettre en évidence. Ne pourrait-on pas, dans ces états lipothymiques, faire une relation plus directe, au moins dans les cas d'affection vésiculaire, en suggérant l'hypothèse d'un *réflexe direct vésiculo-cardiaque* par reflux sympathique ? Ce n'est pas notre rôle d'entrer dans les détails de la pathogénie : nous nous y sommes presque égaré parce que cette question nous intéressait; mais pour rester dans le cadre de notre travail, nous devons tout simplement mettre en évidence la possibilité d'observations telles, pour montrer qu'un état syncopal a quelquefois sa raison d'être dans une cause viscérale extracardiaque, notamment dans une affection vésiculaire, lithiasique le plus souvent.

Pour terminer le chapitre du retentissement végétatif, signalons que la forme d'excitation (variété palpitante) des endosympathoses sera reprise dans les pages suivantes; mentionnons aussi la possibilité d'urticaire, de prurit et d'asthme dans les crises vésiculaires; enfin remarquons que Chiray et ses collaborateurs admettent comme signes constants de la cholécystatonie les signes généraux de la vagotonie : congestion faciale, extrémités froides, angoisses, sueurs, frissons, sialorrhée, bradycardie, colite muco-membraneuse, et qu'ils ramènent à l'hypervagotonie les troubles psychasténiques que nous avons signalés plus haut (p. 30).

Les manifestations nerveuses sont donc nombreuses et variées, puisque tout le névraxe, aussi bien que le système végétatif, y prend place. Les unes ne sont que des épiphénomènes de la symptomatologie classique qu'ils enrichissent quelque peu et compliquent; mais les autres, sur lesquelles nous avons particulièrement insisté, avaient faussé le diagnostic et méritaient d'être étudiées. Elles permettent de juger du retentissement possible de la vésicule sur tout l'organisme, aussi bien par la voie myélinique que par la voie végétative : c'est la conséquence directe de la richesse nerveuse de cet organe qui, soit seul, soit par l'intermédiaire du foie dont il dépend, lance par le vague et le sympathique ses appels à distance lorsqu'il souffre dans la complexité de l'organisme.

CHAPITRE IV

LES TROUBLES CARDIAQUES

Les complications cardiaques d'origine vésiculaire sont devenues classiques, principalement dans la colique hépatique. Chiray décrit :

— les *palpitations;*
— la *bradycardie;*
— quelquefois l'*arythmie* ou l'*asystolie;*
— *faiblesses, lipothymies, syncopes;*
— enfin les *accès d'angine de poitrine.*

Balcock (1909) citait l'angor, l'asystolie et les intermittences. Paillard (cité par Walter) ajoute la tachy-arythmie.

La manifestation la plus importante, aussi bien par sa gravité apparente que par sa relative fréquence, est bien l'**angor pectoris.** Signalé pour la première fois par Gilbert et Lereboullet en 1903, puis par Balcock en 1909, il faut attendre 1924 pour que Lian, Weissenbach et Parturier le décrivent cliniquement : ses caractères particuliers sont les suivants :

— l'*interrogatoire* révèle que des *nausées* accompagnent la crise; qu'il y a eu dans les jours précédents une *recrudescence des troubles gastriques* due souvent à un écart de régime;

— l'*examen* montre une *symptomatologie vésiculaire* en l'absence de troubles importants du système cardio-vasculaire;

— une *thérapeutique* locale vésiculaire (eau chaude, glace)

améliore mieux la crise que le traitement classique de l'angine de poitrine.

Dans l'établissement du diagnostic, les auteurs considèrent trois cas :

1° Lithiase sans lésions cardio-vasculaires;

2° Cas mixtes d'angor dépendant à la fois d'une lithiase biliaire et d'une affection cardio-vasculaire;

3° Cas où les lacunes de l'examen clinique ne permettent pas d'affirmer l'intégrité de l'appareil cardio-vasculaire. Si le premier cas est net, les deux autres laissent toujours planer un doute, et la lithiase ne peut être alors considérée que comme une cause déclenchante. De toutes façons, quand la crise d'angine de poitrine résume tout l'ensemble symptomatique, « au lieu de se laisser aller trop facilement à incriminer une aortite latente, il faut compter avec la forme angineuse de la colique hépatique ».

Nous la retrouvons étudiée à nouveau l'année suivante par Rozkowski, qui en rapporte deux observations et en discute sa pathogénie, puis citée par Max Einhorn dans un article de la *Presse médicale* du 30 décembre 1925 où il en apporte une observation.

Danielopolu et Aslan rapportent (1932) un cas d'angor pectoris à répétition guéri radicalement par l'extirpation d'une vésicule bourrée de calculs.

Plus tard, Desplas et G. Durand en mentionnent un cas (1933). Langeron, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 9 mars 1934, rapporte une observation de *cholécystite* subaiguë intéressante en ce sens que, après cholécystostomie, le non-fonctionnement d'un drain provoquait la répétition des crises d'angor.

La notion étant devenue absolument classique et d'observation plus courante, les cliniciens ne cherchent plus qu'à en discuter la pathogénie : Houbert (Congrès international de la lithiase biliaire, Vichy, 19-22 sept. 1932), Pavel et Paunesco Podeanu (1936), Doumer (*Orientation médicale*, 1937).

Cependant, nous retrouvons encore quelques auteurs pour insister sur le point de vue clinique : ce sont Mouquin (1936), L. Ramond (mai 1937), qui en rapporte une démonstrative observation. Mouquin signale deux modalités de la crise d'angor d'origine vésiculaire : une pseudo-crise constituée simplement par des phénomènes précordiaux et une crise typique avec angoisse, irradiation, influence de l'effort. C'est au premier groupe qu'appartient l'observation de L. Ramond.

Nous en rapportons ci-dessous trois cas inédits :

Observation XI (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur Dubarry.)

Mme B..., 37 ans. Vient consulter le 26 février 1937 parce qu'elle souffre de douleurs épigastriques et de crampes par périodes de huit ou quinze jours une ou deux fois par an.

En 1930, appendicite. Opérée. Suites bonnes, mais apparition par périodes de douleurs épigastriques (elle souffrait de l'estomac depuis son mariage dans les jours qui précédaient les règles).

Juin 1934 : un mois après un quatrième accouchement normal, accès pseudo-palustre (sans sueurs). Depuis, pendant trois mois, *palpitations douloureuses*, *angoisse précordiale*, avec *irradiations dans le membre supérieur gauche*, le petit doigt, ainsi que derrière le maxillaire et l'oreille. *Etats lipothymiques* et *dépression nerveuse* telle que la malade fut traitée pour anémie cérébrale.

Depuis, jusqu'en mars 1936, crampes épigastriques irrégulières, avec toujours le cortège cardiaque, survenant tard après les repas et vers 1 heure de la nuit.

Accroissement de tous ces phénomènes dans la semaine prémenstruelle ainsi que par les aliments gras et les œufs.

Examen. — Nausées le matin dans les jours précédant les règles.

Mauvaise bouche à jeun; haleine fétide.

Asthénie au réveil et syndrome orthostatique du saut du lit.

Somnolence postprandiale.

Eructations nombreuses.

Alternatives de diarrhée et de constipation. Diarrhée réveille-matin.

Céphalée en casque. Douleurs de la nuque.

Vertiges, éblouissement.

Murphy + en position assise seulement.

Points solaires vifs.

Radioscopie : Orthodiagramme du cœur normal.

Radiographie sans préparation : calculs vésiculaires en grappe.

Observation XII (Inédite et résumée).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

Solarite. Gastro-entéroptose. Cholécystatonie et insuffisance biliaire. Spasmes pyloriques et intestinaux. Angor réflexe. Déséquilibre vago-sympathique chez une hypocondriaque.

M... (V.), 29 ans. Entre le 27 août 1936 pour crises d'angine de poitrine.

L'auscultation cardiaque est négative.

B.-W. négatif.

Ballonnement épigastrique accusé. Eructations soulageant la malade.

Alternative de diarrhée et de constipation avec prédominance diarrhéique.

Murphy + +.

On pense que son affection vésiculaire est responsable de son aérogastrie, laquelle aurait déterminé les crises d'angor.

Une médication purement cholagogue fit disparaître non seulement les troubles d'origine vésiculaire, mais encore l'aérogastrie et les crises d'angor.

Sortie du service le 15 octobre 1936.

Le cas suivant, observé personnellement lors d'un remplacement médical, nous a paru excessivement démonstratif :

Observation XIII (Personnelle et inédite).

Mme A..., 43 ans, à Paizay-le-Sec (Vienne), nous fait appeler dans la nuit du 18 août 1937.

Nous la trouvons assise dans son lit, en proie à une angoisse extrême, avec sensation de mort imminente. Elle se plaint d'une constriction thoracique, de douleurs précordiales s'irradiant dans le bras gauche. Les extrémités sont froides. Pas de cyanose. En même temps, nausées, éructations ne soulageant que très peu la malade.

Examen : Pouls à 80.

Examen cardio-aortique négatif.

Tension : Mx, 14; Mn, 10 (Vaquez).

Point vésiculaire très sensible, avec empâtement de la région rendant impossible le Murphy.

Point douloureux sur le bord externe de la masse sacro-lombaire droite.

Un soulagement immédiat a succédé à une application chaude sur la région vésiculaire.

L'interrogatoire, pratiqué ensuite, nous apprend que, depuis quelques jours, la malade souffre de l'estomac : brûlures post-prandiales tardives, ballonnement immédiat. En même temps, constipation et céphalée occipitale. En outre, passé lithiasique net : deux crises de coliques hépatiques depuis le début de l'année. Trois en 1936. La malade a toujours refusé l'intervention.

Il nous a été impossible de confirmer notre examen par le tubage et la radiographie. Néanmoins, en présence d'une symptomatologie lithiasique aussi affirmée, le rapport entre la crise angoreuse et la lithiase paraît probable, d'autant que, par un traitement cholagogue et antilithiasique, aucune crise n'est réapparue depuis, alors que persista une amélioration digestive.

Il s'agit dans ces trois cas de crises typiques; malheureusement seule la déduction thérapeutique permet de tirer des conclusions de cause à effet en l'absence d'un électrocardio-

gramme pour prouver une complète intégrité cardiaque : s'il s'agit bien de crises angineuses d'origine vésiculaire, l'affection est-elle cause provocatrice ou cause déclenchante ? Il nous est permis de dégager quand même la possibilité assez fréquente de cette manifestation et de rappeler que tout diagnostic d'angor doit s'accompagner de celui de sa cause.

L'étude pathogénique nous éloigne du sujet, mais signalons que Chiray l'interprète comme un réflexe direct, que Potain et Barie en font la conséquence d'une hypertension pulmonaire et que L. Ramond la rattache à une hypertension artérielle paroxystique.

Il faut enfin savoir faire le diagnostic avec la crise angineuse à forme digestive signalée par Doumer (1935), qui en cite deux cas tragiques, où le diagnostic fut égaré par la présence de nausées et de vomissements.

Les **palpitations simples** sont fréquentes chez les vésiculaires, comme d'ailleurs chez les gastropathes; elles paraissent être dans la sphère du plexus cardiaque l'équivalent des battements épigastriques dans la sphère solaire, et leur coexistence est presque toujours observée; rares sont les observations qui n'en comportent pas et nous n'aurions pas à insister, tant le fait est classique, si nous ne voulions pas le rattacher à la théorie déjà citée des endosympathoses. May et Gallot signalent dans les réactions endosympathiques la forme palpitante caractérisée par :

— un affollement du cœur traduit par l'association de tachycardie, parfois avec extrasystoles, et de palpitations, l'élément subjectif étant dominant;

— une symptomatologie associée vasomotrice et émotive : le malade se sent glacé ou au contraire congestionné, il a du tremblement, de l'agitation, une anxiété extrême;

— les troubles hépato-vésiculaires, surtout les inflammations chroniques de la vésicule figurent dans l'étiologie possible de cette forme.

Pourquoi alors ne pourrait-on pas considérer les crises angineuses comme la conséquence d'une exagération de la forme palpitante et ramener leur pathogénie à un simple réflexe endosympathique ?

Signalons, pour terminer, le chapitre cardiaque : la possibilité de *l'arythmie extrasystolique*, ainsi que la met en évidence l'observation de Ferrabou et Jude (Soc. méd. milit., 9 avril 1936) où la palpation de la vésicule chez un cholécystique chronique réveillait une arythmie extrasystolique. Mais n'est-ce pas plutôt une variante un peu pathologique du réflexe vésiculo-cardiaque décrit par Houlbert à Vichy en 1932 : en palpant la vésicule au moment d'une crise de coliques hépatiques, le pouls se ralentit à 58-60, puis s'accélère jusqu'à 140-160; les extrasystoles apparaissent dès le début, pour se prolonger ensuite, cessant dès que la vésicule est laissée au repos.

CHAPITRE V

MODIFICATIONS DANS L'ETAT GENERAL

Nous devons signaler parmi les phénomènes d'ordre général deux symptômes de valeur :

1° l'amaigrissement;
2° la courbe de température.

I. — *Amaigrissement.*

L'amaigrissement n'est guère signalé dans la littérature classique que par Chiray dans la cholécystatonie ou du moins sans aucune insistance. En règle générale, on doit reconnaître que l'amaigrissement n'est qu'un symptôme surajouté et n'est pas un masque clinique de l'affection; cependant les deux observations suivantes montrent bien que le motif de la consultation a été la diminution de poids.

Observation XIV (Inédite.)

(Due à l'obligeance du Professeur Dupérié.)

Mme A..., 53 ans, est envoyée le 16 mai 1936, par le Docteur F..., parce que, depuis trois mois, elle vomit et *a maigri de* 30 *kilos.*

Histoire de la maladie. — Le début remonte en juin 1935 : il est

caractérisé par de l'anorexie, de l'asthénie. Après les repas, le ventre est ballonné. Diarrhée prandiale souvent brutale. Alternation de diarrhée et constipation.

Brusquement, le 30 octobre 1935, douleurs violentes de l'épigastre et de l'hypocondre droit avec température élevée et asthénie. Nausées sans vomissements.

Vers le 15 décembre, les douleurs ont disparu, l'appétit est revenu, mais l'asthénie persiste.

Le 16 février 1936, nouvelle crise avec température à 39°5, vomissements alimentaires, puis bilieux, suivis d'intolérance gastrique complète. Amaigrissement très marqué; depuis lors, repos au lit continuel.

En mars, piqûres de septicémine, avec chute de la température et diminution des vomissements.

A partir d'avril, température entre 36°5 et 38°, puis clocher à 39 degrés, que fait baisser la septicémine.

Au début de mai, vomissements bilieux continuels, non stoppés par l'eau chloroformée et la potion de Rivière.

Antécédents personnels. — Typhoïde à 13 ans.

Appendicite à 18 ans, non opérée : trois crises.

Examen. — Malade considérablement amaigrie.

Subictère.

Murphy +.

Radio. — Vésicule non visible sans préparation.

La malade décède le 24 mai 1936.

Nécropsie. — Vésicule scléro-atrophique avec calculs.

Observation XV (Inédite).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

Douleurs vésiculaires sur un fond nettement pithiatique

Mme R... (R.), 26 ans. Entre dans le service le 23 juin 1936 pour douleurs gastriques et *amaigrissement.*

Histoire de la maladie. — Début il y a cinq ou six ans : après les repas (un quart d'heure ou une demi heure après), la malade ressentait une sensation de pesanteur suivie de régurgitation d'aliments. Egalement quatre ou cinq heures après ces repas, aigreurs avec régurgitations acides.

Ces troubles apparaissaient par crises de deux à dix jours, avec des périodes longues d'accalmie. Ils étaient rythmés pour les règles : si, à la période, l'état était satisfaisant, immédiatement la crise se déclenchait.

Céphalées fréquentes occipito-frontales.

Constipation de sept à huit jours, suivie d'une débâcle d'égale durée.

Jusqu'en janvier 1935 (premier mois de la première grossesse), mêmes symptômes; mais à partir de cette date, les aigreurs et les régurgitations acides apparaissent à n'importe quel moment de la journée.

En même temps, douleurs à type de brûlures apparaissant quatre ou cinq heures après les repos, irradiées entre les deux omoplates, calmées de façon inconstante par les alcalins et les repas.

En août 1935, diarrhée de deux jours. 16 selles.

Le 24 août, crise caractérisée par la sensation d'arrêt imminent du cœur avec violentes palpitations. Durée : deux jours.

Après l'accouchement, reprise des aigreurs, des pesanteurs, des régurgitations, des alternatives de diarrhée et constipation, des palpitations nocturnes.

Mars 1936, douleurs aiguës en piqûre d'aiguille au niveau de la région épigastrique, remontant derrière le sternum. Durée : quinze jours.

En six mois, *amaigrissement de* 17 *kilos.*

Examen. — Murphy très nettement positif.

Tubage duodénal (Metzer-Lyon, le 30 juin 1936 : cocci, diplocoques, bacilles Gram négatifs.

Radio : vésicule non visible sans préparation.

Observation XVI (Inédite).

(Service de M. le Professeur Dupérié.)

Cholécystite calculeuse.

Mme G... (A.), 49 ans. Entre dans le service le 22 mars 1937 pour douleurs épigastriques.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie remonte à un an environ : chaque mois, au moment des règles, la malade présente des douleurs épigastriques : sensation de pesanteur, de crampe avec gêne dans l'hypocondre droit, sensation de poids avec irradiation en arrière vers la région lombaire et l'épaule droite. Ces mêmes phénomènes douloureux survenaient lorsque la malade mangeait des sauces, de la graisse, des œufs.

Octobre 1936 : au moment des règles, crise de coliques hépatiques avec ictère pendant trois jours.

Décembre 1936 : nouvelle crise moins forte pendant une époque.

Le 14 mars 1936, troisième crise, toujours au moment des règles.

En six mois, *amaigrissement de* 17 *kilos.*

Antécédents. — Rien à signaler.

Examen. — *Appareil digestif :* Sensation de poids continuelle dans l'épigastre, augmentée dans le décubitus latéral gauche.

Douleurs épigastriques tous les jours, deux heures après les repas.

Région épigastrique douloureuse.

Vésicule ptosée palpable.

Autres appareils : Rien à signaler.

Radiographie : Vésicule calculeuse.

Nous retrouvons également l'amaigrissement marqué dans les observations II et VI.

Ce n'est donc pas une simple coïncidence, et nous devons l'interpréter comme une conséquence directe de l'affection en cause : il est probable que c'est non seulement l'insuffisance de l'afflux biliaire qui est à l'origine, mais bien plus une insuffisance hépatique, ces deux causes concourant à l'hyponutrition, la première s'opposant à la digestion des aliments, la deuxième à leur assimilation.

II. — *La fièvre dans les cholécystites.*

La fièvre dans la crise hépatique est connue depuis Charcot : c'est la fièvre hépatalgique, encore qu'actuellement on admette volontiers qu'elle est due à une infection biliaire surajoutée bien plutôt qu'à un réflexe à la douleur. Bien moins l'est celle de l'angiocholite suppurée lithiasique, consécutive soit à une attaque de colique hépatique, soit à une longue période de cholécystite scléro-atrophique. Ses caractères sont les suivants lorsqu'elle est typique :

— *début le soir ou la nuit* par des frissons violents avec sensation de chaleur très pénible;

— facies vultueux;

— pouls fréquent et fort, température 40-41 degrés;

— terminaison par des sueurs profuses après une durée de six à douze heures;

— renouvellement suivant le type tierce ou quarte, ou bien seulement tous les cinq ou six jours.

Cet aspect fébrile rappelant celui du paludisme a été appelé par Monneret *fièvre intermittente hépatique;* par Chauffard, *fièvre bilio-septique*, et le diagnostic, si l'anamnèse n'est pas rigoureuse, peut être des plus hésitants; cependant, le début le soir, la polynucléose, en sont des éléments importants.

Signalons enfin avec Gilbert et Lereboullet la possibilité de fièvre inverse, plus élevée le matin que le soir.

Et rapportons les observations d'accès pseudo-palustres suivantes :

Observation XVII (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur Dubarry.)

Mme G..., 48 ans, vient consulter le Dr Dubarry en juin 1937 pour troubles digestifs.

Histoire de la maladie : après la guerre, sans aucun antécédent paludéen possible : *accès pseudo palustres* tous les jours vers 17-18 heures, avec frissons brusques, violents; température à 40 degrés, sans fièvre. Depuis, accès espacés tous les deux ou trois mois non améliorés par le traitement quinique.

Elle présentait de plus des douleurs gastriques tardives, calmées par les aliments. Pituites pendant les repas, jamais à jeun.

Depuis persistance de ces douleurs par crises irrégulières.

Antécédents. — 1930 : ictère par rétention pendant trois mois. 1932 : grippe avec melæna pendant huit jours; 1933 : lumbago (?) avec fièvre pendant quinze jours.

Actuellement : Asthénie au lever:

— mauvaise bouche au réveil;
— état nauséeux presque permanent;
— douleurs épigastriques tardives avec irradiations en ceinture et lombaires.
— casque occipito-frontal;
— sieste obligatoire postprandiale;
— constipation atonique;
— ballonnement;
— douleurs dans le bras gauche.

Dans une année, dix mois sont mauvais, et dans chaque semaine quatre ou cinq jours.

Murphy + +.

Vésicule non palpable.

Observation XVIII (Inédite et résumée).

(Due à l'obligeance du Docteur Dubarry.)

Mme S..., 24 ans. Vient consulter le 1er juin 1937 pour brûlures épigastriques tardives, survenant par périodes irrégulières, principalement à l'occasion de contrariétés ou d'émotions minimes, et surtout la nuit (2 heures du matin).

Dans son enfance, elle vomissait fréquemment et était constipée, à 11 ans, elle fit un ictère à la suite d'une contrariété.

Les règles ont une action sur les selles : aux époques, elle est soit diarrhéique, soit constipée.

Intolérance pour œufs, frites, chocolat.

Enfin, elle présenta, à des périodes assez éloignées, des *crises pseudo-palustres* avec frissons et sueurs, qui semblent se rapprocher depuis un an.

Examen. — Murphy + +.

Ces deux observations font la preuve de la possibilité de tels aspects thermiques, la première montrant surtout l'erreur de diagnostic qui fut préalablement commise.

CHAPITRE VI

LES MANIFESTATIONS PULMONAIRES

Séparé par le diaphragme et le foie du carrefour biliaire, le poumon, lui aussi, retentit de ses affections. La relation a été signalée pour la première fois par Guéneau de Mussy, qui décrit un état congestif de la base droite en rapport avec les coliques hépatiques. Sterne, en 1895, donne une classification des affections pulmonaires. Gilbert et Lereboullet étudient la toux hépatique (1910). F. Ramond, Parturier et Castaing décrivent un signe spécial à la base droite; enfin, Ali Cadi (thèse Lyon, 1927) fait une revue générale de la question et ajoute la forme pseudo-tuberculeuse que Bonnamour et Delore décrivent plus particulièrement l'année suivante.

N'ayant pas de constatations personnelles sur ce chapitre, nous emprunterons à Cadi sa classification :

1° *Données classiques :*

a) Douleur thoracique postérieure droite;
b) Congestion pulmonaire;
c) Hémoptysie.

2° *Données récentes :*

a) *Toux hépatique :*

— spontanée;
— provoquée par la palpation de la vésicule;

b) *Signe de F. Ramond :*

— le murmure vésiculaire est aboli ou nettement diminué à la base droite.

— radiologiquement, aspect nivelé du diaphragme, la coupole droite étant sur le même plan que la coupole gauche.

Il rapporte huit observations de ce signe.

Nous le retrouvons dans deux de nos observations personnelles (obs. I et II).

3° L'auteur fait ensuite la *synthèse* de ces signes et décrit les formes cliniques suivantes :

a) Avec Sterne :

— force de *pleurodynie;*
— forme de congestion pulmonaire;
— forme de broncho-pneumonie:

b) Avec Parturier :

— la *forme asthmatique;* celui-ci décrit deux observations où colique hépatique et crise d'asthme alternaient ou coexistaient. La parenté morbide de ces deux affections est connue depuis longtemps : asthme et lithiase ont été classées par les vieux cliniciens dans les manifestations de l'arthritisme.

c) Avec Bonnamour :

— forme pleurale;
— forme pseudo-tuberculeuse.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de semblables cas et il ne nous paraît pas facile d'admettre la réalité de toutes ces formes, dont quelques-unes ne sont vraisemblablement que des coïncidences. Nous ne retiendrons donc que :

1° la forme de pleurodynie que traduit le signe de Ramond et la douleur spontanée postérieure de la base droite;

2° la forme asthmatique;

3° la forme pseudo-tuberculeuse.

Cette dernière, d'après les auteurs, se caractérise par :

— un amaigrissement de plusieurs kilos;
— des poussées fébriles à 38°-38°5;
— de la dyspnée;
— un point de côté de la base droite en arrière;
— de la toux et une expectoration surtout muqueuse;
— quelquefois une hémoptysie;
— des troubles digestifs vésiculaires.

Les deux observations suivantes sont intéressantes :

Observation XIX.

(Thèse Cadi, obs. XXVII.)

M..., 47 ans. Est envoyée par le dispensaire anti-tuberculeux à la salle Sainte-Clotilde (service du Docteur Bonnamour) avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Le 15 janvier : Aucune affection pendant l'enfance.

En 1913, bronchite. Depuis, elle tousse tous les hivers. Pas d'hémoptysie.

En septembre dernier, elle se met à tousser davantage; elle est oppressée et ne peut plus travailler.

Depuis trois semaines, état général de plus en plus grave; apparition d'un point de côté douloureux, que les mouvements respiratoires ne modifient pas et qui disparaît de temps en temps.

A l'examen, malade amaigrie, pas de température, oppressée, tousse beaucoup. Pas d'expectoration. *Anorexie :* ni diarrhée, ni constipation. Pas de sommeil, *sueurs nocturnes.*

Auscultation : légère submatité au sommet droit, avec quelques ronchus et sibilances. *A la base droite, nombreux râles, fins.* En avant, ronchus, sibilances et râles. Au poumon gauche, râles fins à la base.

Tension : Mx, 11,5; Mn, 6,5.

Urines : ni urée, ni albumine.

Le 21 janvier, varicosités des pommettes. Ventre ballonné avec

météorisme. Foie normal. *Point douloureux net dans la région vésiculaire*, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à deux travers en dehors, sans que la palpation ne révèle une augmentation de volume. Région épigastrique un peu douloureuse et empâtée. *Très léger subictère des conjonctures.* N'a jamais eu de coliques hépatiques franches, mais a présenté plusieurs crises douloureuses qu'elle qualifie de crampes d'estomac, survenant après les repas et même très tard dans la nuit. Pendant ces crises, la malade souffre, mais l'absorption d'un peu de liquide la calme. Jamais de vomissements ni d'ictère, mais elle déclare que, souvent, au moment des crises, les urines deviennent rouges. Elle n'a pas remarqué de décoloration des matières. *Douleur à la pression entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien droit.*

Etant donnée la présence de râles aux bases, l'absence de phénomènes cardiaques, on peut se demander si l'on n'est pas en présence d'une forme pulmonaire de la lithiase, surtout à cause du point douloureux vésiculaire. *Pas de B. K. dans les crachats.* On institue le traitement ordinaire de la lithiase.

Le 9 février, plus de température; point vésiculaire persiste, mais atténué; *Plus de toux ni d'expectoration.* Aux poumons, *les signes ont disparu aux deux bases.* L'auscultation révèle simplement un peu d'obscurité du sommet droit. Bon état général. Augmentation de 1 kg. 500.

Crachats : *examen toujours négatif. Radioscopie négative.*

La malade part chez elle guérie.

Observation XX.

(Thèse Cadi, obs. XXX.)

S..., 50 ans. Est envoyée dans le service du professeur S..., à l'Hôtel-Dieu, par le *Dispensaire antituberculeux*, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Réglée normalement. Il y a trois ans, *douleur dans le côté droit, toux, expectoration.* Anorexie. Température peu élevée. Amaigris-

sement et perte de forces qui l'obligent à abandonner son travail. Il y a un mois, tous les symptômes s'aggravent : température entre 38 degrés et 38°5, toux et expectoration abondante, striée de sang.

A l'examen (7 juin) : A droite, matité du sommet avec un peu d'obscurité respiratoire, sans autre signe surajouté.

A gauche, rien à signaler. Pas de B. K.

Foie douloureux. Le malade ayant déclaré avoir eu une jaunisse en 1920, on pense à une lithiase biliaire probable. On donne le traitement habituel.

Le 28 juin, augmentation de poids de 1 kilo. La malade se sent bien, *ne tousse et ne crache plus*. Il ne persiste qu'un peu d'emphysème.

Foie non douloureux. La malade quitte le service le 30 juin, guérie.

De ces deux observations, ainsi que de toutes les autres que présente l'auteur, il ne faudrait pas conclure à une relation de cause à effet entre les symptômes pulmonaires observés et l'affection vésiculaire : on doit simplement admettre que la coexistence de signes d'origine hépatique : la toux et le point de côté — signalés plus haut — la fièvre et l'amaigrissement, que nous avons vus avec des signes nets d'infection pulmonaire (expectoration, matité, râles) contractée par hasard et qui motive la consultation, fournissent en gros à un diagnostic clinique superficiel la notion de tuberculose pulmonaire. L'influence de la thérapeutique sur tous ces symptômes est due non à la diététique et aux cholagogues, mais bien plutôt au repos en salle d'hôpital.

En résumé, dans cette forme, il faut se contenter de ne considérer comme signes hépato-biliaires que ceux mentionnés plus haut et les autres comme la conséquence d'un épiphénomène infectieux. Il s'ensuit que l'erreur de diagnostic, si elle est possible, ne doit être que passagère et ne pas entraîner une erreur de thérapeutique qui serait préjudiciable au malade.

CHAPITRE VII

DEUX CAUSES DECLENCHANTES SPECIALES
LA CRISE DE FOIE

Nous avons signalé dans l'étiologie, comme causes déclenchantes de troubles, les facteurs émotifs et le facteur ovarien.

Il est très fréquent de voir se déclencher les troubles vésiculaires sous l'influence d'une émotion, d'une contrariété quelquefois minimes et les crises se répéter sous cette même influence. Il semble à peu près incontestable que ce soit une perturbation végétative qui en est à l'origine. Ces malades étant surtout des sympathicotoniques, les réactions périphériques engendrées par le facteur psychique déclenchent, par un phénomène anaphylactique, des modifications végétatives internes qui retentissent sur les filets sympathiques préalablement atteints. C'est un phénomène comparable à la diarrhée émotive.

L'observation précédente met bien ce rôle en évidence, de même la suivante.

Observation XXI (Inédite et résumée.)

(Due à l'obligeance du Docteur Dubarry.)

Mme J..., 55 ans, vient consulter le 28 décembre 1936.

Il y a un an, après *une contrariété minime*, son estomac fut, dit-elle, « bouleversé »; alors qu'elle n'avait jamais eu aucun trouble, elle commença à manifester les symptômes suivants :

— anorexie pour viandes, fritures, œufs;

— brûlures épigastriques tardives, deux à cinq heures après les repas, la réveillant vers 1 heure du matin;

— constipation habituelle atone;

— nausées au réveil.

Ces malaises durèrent trois mois, pour cesser pendant quatre ou cinq mois, à la fin desquels une nouvelle crise se déclencha, plus intense que la précédente, après une contrariété.

L'examen somatique ne montre rien d'autre qu'un signe de Murphy très nettement positif.

Nous devons revenir également sur le déclenchement des crises par les périodes menstruelles, parce que c'est une notion assez récente, qui prête à des constatations intéressantes pour ceux qui étudient le complexe endocrinien.

Pour Gutmann : « la période menstruelle est comparable de très près à un choc : le milieu humoral, le tonus végétatif, se modifient brusquement. Il existe une vagotonie prémenstruelle, et quelques heures avant l'apparition du sang, un passage brusque à l'hypersympathicotonie (Stœfer, Klaus, Guillaume et Godel). L'apparition de l'écoulement s'accompagne, dans le sang circulant, d'hyperleucocytose, d'éosinophilie, d'augmentation de l'index réfractométrique. On comprend alors pourquoi, lors des règles, peut éclater brusquement toute la série des manifestations cliniques de l'anaphylaxie : migraine, asthme, urticaire. Il n'est pas étonnant que, conjointement avec ces diverses crises, ou seule, se déclenche en même temps cette décharge végétative locale qu'est la colique hépatique sous la forme d'une crise de contractions douloureuses de la vésicule. » (Cité par Chiray, Pavel, Lomon, p. 262-263.)

Nous l'avons noté dans un certain nombre d'observations (I, XV, XVI, XVIII), plus spécialement dans l'observation XVI, où les troubles chez une lithiasique n'apparaissaient que lors des époques. Il faut bien noter que c'est en général dans les jours qui précèdent ces périodes, et Binet (de Vichy) écrit, après avoir fait remarquer que sur 3.000 cas d'angiocholécystite chronique, 2.457 étaient des femmes, soit 81,9 p. 100 : « Une femme souffrant d'angiocholécystite ressent, même pendant les périodes les plus silencieuses de la

maladie, une poussée hépato-biliaire en général apyrétique la veille du jour de l'apparition des règles, ou le jour même. C'est là un fait clinique d'observation courante et sans doute indiscuté. »

Quant à *l'évolution dans le temps*, Jahiel (1936) décrit les étapes génitales de la lithiase biliaire chez la femme : il note en particulier que la lithiase de l'enfance s'établit souvent sur un terrain spécial, alternant avec des crises migraineuses ou asthmatiques, avec existence fréquente d'accidents anaphylactiques chez les ascendants, surtout la mère. Il observe aussi la recrudescence des phénomènes après la ménopause, malgré des crises rares et courtes pendant le restant de la vie. De même Binet : « Il est rare que l'âge critique n'ait pour conséquence une reprise plus ou moins marquée, mais réelle, d'accidents hépato-biliaires, cela en dehors de toute autre cause intestinale, infectieuse ou toxique, même après une période de silence absolu. Une fois la ménopause achevée, c'en est fini des phénomènes rythmiques à siège hépatique. L'angiocholécystite prend son individualité propre.

Binet, étudiant ensuite les rapports de cause à effet, constate plus loin que s'il existe une aménorrhée relative ou dysménorrhée rebelle lors de l'installation de la menstruation, alors « se crée un état douloureux concomitant du foie et des voies biliaires. Ce n'est pas dans ce cas l'état hépato-biliaire qui règle et conditionne l'état utéro-ovarien, mais celui-ci même qui règle et conditionne celui-là. Dès lors, apparaît constitué le syndrome hépato-endocrinien ». Enfin, remarquant dans 23 de ses observations l'alternance des phénomènes hépato-biliaires et de la menstruation : quand règles, pas de syndrome hépatique; si aménorrhée, crise hépatique à la date prévue, il conclut : « Ce seul fait impose la réalité du syndrome hépato-endocrinien. »

Cette opinion, que nous admettons volontiers, n'est pas sans appeler quelques réserves de la part de R. Jahiel et de son élève Gourdet, qui réduisent considérablement le rôle de

la vésicule à l'avantage de celui même du foie. Ils décrivent en effet la *crise de foie :* c'est une crise courte, brusque, à douleur plus thoracique qu'abdominale, évoluant par poussées sur un terrain de prédisposition neuro-végétative. La cause déclenchante peut être soit la migration d'un calcul biliaire, soit un choc organique lointain, soit un déséquilibre endocrinien (Jahiel, *Presse médicale*, 6 janv. 1937). Gourdet (thèse Paris, 1935) l'oppose à la cholécystite dont il rétrécit le cadre en prétendant, contre toute opinion admise, que le signe de Murphy ne fait que traduire un foie douloureux et non une vésicule enflammée; or, ce signe, *pratiqué correctement au point électif*, passe pour pathognomonique d'une lésion vésiculaire. Pour Jahiel et Gourdet, au contraire, les troubles rattachés à la vésicule sont en réalité dus à la crise de foie — particulièrement le retentissement des règles. Ils apportent à l'appui de leur thèse des cas de guérisons de ces troubles par l'infection de sang des règles qui réalise une désensibilisation.

Que faut-il penser de cette constatation de Jahiel et Gourdet ? Il est vraisemblable que leur thèse est juste dans une certaine mesure, certains troubles (migraines, nausées, diarrhées même) sont d'essence plus hépatique que vésiculaire, que la menstruation agit sur le foie plus que sur la vésicule, mais pourquoi opposer ces deux manifestations cliniques alors qu'il serait si simple de dire avec Gutmann : « En réalité, la cholécystite est bien rarement isolée, et le plus souvent il s'agit d'une hépato-cholécystite », puisque deux organes à fonctionnement synchrone sont rarement atteints l'un sans l'autre.

Tout ceci pour dire que tout au long de cette étude, faisant la réserve que provoquait l'article de Jahiel, nous avons fait état de cas purs à symptomatologie clinique, radiologique et biologique strictement vésiculaires; en conséquence, les aspects si divers que nous avons mis en relief portent la marque de leur origine, aucune restriction n'étant à faire sur une atteinte hépatique, celle-ci n'étant que le contre-coup de l'affection biliaire.

CONCLUSIONS

I. — Les causes déclenchantes des crises vésiculaires sont variées : parmi elles, on doit remarquer les facteurs d'ordre végétatif que sont les règles et les modifications du psychisme, celles-ci agissant par suite des variations du tonus nerveux qu'elles entraînent.

II. — Un examen de vésiculaire doit faire une large place à un interrogatoire précis, orienté, méticuleux même, lequel, dans de nombreux cas, conduit à un diagnostic de quasi-certitude.

III. — L'examen somatique est le plus souvent réduit : le signe de Murphy, qui doit se rechercher en trois positions, occupe une situation de prépondérance. Mais seuls le tubage (Metzer-Lyon) et la radiologie posent le diagnostic de la lésion vésiculaire.

IV. — Les formes cliniques gastro-intestinales sont les plus fréquentes et les mieux connues : notons cependant, comme moins habituellement rattachées à des troubles vésiculaires, l'aérogastrie et l'entérocolite muco-membraneuse.

V. — Les douleurs spontanées dans l'hypocondre gauche et la région lombaire conduisent le plus souvent à un diagnostic erroné.

VI. — La tristesse, l'anxiété, l'aboulie, l'asthénie et l'insomnie sont les manifestations psychiques les plus couran-

tes, qui, prenant le pas sur les symptômes organiques, peuvent conduire à des conclusions thérapeutiques préjudiciables pour le malade.

VII. — La céphalée occipitale et la cellulite de la nuque doivent orienter le diagnostic vers une affection vésiculaire.

VIII. — La femme lipothymique des endosympathoses (May et Gallot) s'observe chez les vésiculaires. Elle laisse entrevoir un champ d'études intéressant.

IX. — L'étude des complications cardiaques met en évidence la fréquence des crises pseudo-angineuses, qui masque souvent l'affection première : si la pathogénie en est discuté, sa réalité clinique est indubitable. Elle confirme, de plus, la réalité de la forme palpitante des endosympathoses.

X. — L'amaigrissement est souvent considérable et peut n'être que le seul trouble qui motive une consultation ou un séjour à l'hôpital.

XI. — La température, à type intermittent, peut provoquer une erreur de diagnostic, si l'anamnèse est insuffisamment poussée.

XII. — Le retentissement pulmonaire des affections hépatobiliaires serait assez considérable : le réduire aux formes pleurodyniques est mieux en accord avec l'observation courante. Ajoutons que, par le hasard de coexistences cliniques et d'examen insuffisant, on peut, dans quelques cas, s'orienter vers une tuberculose possible.

XIII. — Crise de foie ne s'oppose pas à cholécystite : elle en est plutôt la conséquence.

XIV. — En résumé de ces conclusions, on ne peut passer sous silence la fréquence des manifestations d'ordre sympa-

thique que sont les réflexes à distance : douleurs, lipothymies, irradiations pulmonaires, complication angineuse, action des règles et des facteurs émotifs. Ce serait pour nous une heureuse constatation que de voir cette variété de symptômes — de prime abord déroutante — ramener en quelque sorte le problème de sa diversité à une solution unique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 22 novembre 1937.

Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie (J.). — L'hypochondrie et la constitution hypochondrique. *Journal médical de Bordeaux*, 20 oct. 1930.

Balcoch (R.). — *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 12 juin 1909.

Baruk (H.), Briand (H.), Camus (L.) et Cornu (L.). — L'anxiété biliaire. *Ann. médico-psychol.*, 93, n° 2, févr. 1935.

Binet (M.-E.). — Etude statistique de 3.000 cas d'angio-cholécystite chronique. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nut.*, mars 1936.

Bonnamour et Delore. — La forme pseudo-tuberculeuse des cholécystites chroniques. *Presse médicale*, 1er sept. 1928.

Brizard. — Soc. des chir. de Paris, 6 juin 1924.

Brulé. — La cellulite de la nuque dans les affections du tube digestif et son importance diagnostique. *Presse médicale*, 6 janv. 1937.

Cadi (Ali). — Des manifestations respiratoires au cours de la lithiase biliaire et de la cholécystite chronique non calculeuse. Thèse Lyon, 1927.

Castaigne et Parturier. — *Journal médical français*, juin 1922.

Chêne et Dubarry. — Les dyspepsies nerveuses. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nut.*, févr. 1937.

Chiray, Lomon, Zitzennam, Pavel, Milochevitz. — La cholécystatonie. *Presse médicale*, 12 sept. 1925; *Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 mars 1930.

Chiray et Triboulet. — Rôle de la stase cholécystique dans certains états migraineux qui guérissent par le drainage médical biliaire. *Presse médicale*, 1925, n° 20, p. 313.

Chiray. — Migraine biliaire. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 10 juin 1927.

Chiray, Pavel. — La vésicule biliaire. Masson, 1927.

Chiray, Pavel, Lomon. — La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion. 2e éd., Masson, 1936.

Chiray et Steffel. — La colite muco-membraneuse. Coll. de méd. et chir. prat., Masson, 1929.

Chiray et Zitzermann (S.). — Etats mélancoliques. Atonie vésiculaire et stase biliaire. *Presse médicale*, 18 janv. 1930.

Desplas et Durand (G.). — Soc. de gastro-entéro de Paris, 12 juin 1933.

Doumer (J.). — Les formes cliniques atypiques de l'angine de poitrine. *Echo méd. du Nord*, 24 févr. 1935.

— L'angine de poitrine réflexe d'origine digestive. *Orientation médicale*, mars 1937.

Einhorn (Max). — De l'importance d'un diagnostic correct dans les affections de la vésicule biliaire. *Presse médicale*, 30 déc. 1925.

Enriquez. — Nouveau traité de pathologie interne, t. II, p. 408 et suiv.

Ferrabou et Jude. — Arythmie extra-systolique d'origine vésiculaire. Soc. de méd. milit., 9 avril 1936.

Galendez et Delrioz. — Formes gastralgiques des cholécystites chroniques. *Prensa medica Argentina*, t. XVII, n° 36, 30 mai 1937.

Garnier et Prieur. — Nouveau traité de médecine. Fasc. 16.

Gilbert et Lereboullet. — Soc. de biol., 7 nov. 1903.

— La neurasthénie biliaire. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 31 juill. 1903.

Gilbert, Lereboullet et Cololian. — L'origine biliaire de la mélancolie. Soc. méd. des Hôp. de Paris, juill. 1903.

Gourdet (A.). — La crise douloureuse hépato-biliaire. Sa signification et ses rapports avec la cholécystite. Thèse Paris, 1935.

Guéneau de Mussy. — Cliniques médicales.

Guillaume (A.-C.). — Soc. de gastro-entéro de Paris, 8 juill. 1935.

Guillaume (A.-C.). — Etudes sur la physio-pathologie de la migraine. La place de l'élément hépato-digestif dans la maladie migraineuse. Soc. de gastro-entéro de Paris, 9 nov. 1936.

Gutmann. — Epilepsie, absence et vertiges chez les dyspeptiques. *Presse médicale*, 25 juin 1927.

— Les syndromes douloureux de la région épigastrique. Doin, 1933.

Houlbert. — Congrès international de la lithiase biliaire, Vichy, 19-22 sept. 1932.

Jahiel (R.). — Les étapes de la lithiase biliaire chez la femme. *Presse médicale*, 1er juill. 1936.

— Crise de foie et cholécystite. *Presse médicale*, 6 janv. 1937.

Langeron. — Cholécystite subaiguë à forme angineuse. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 9 mars 1934.

Laroche (G.) et Vacher (H.). — Cellulite et troubles endocriniens. *Gaz. méd. de France*, 15 juin 1935.

Lian. — Art. « Cœur ». T. IV du Traité de patho-méd. de Sergent.

Lian, Weissenbach et Parturier. — La forme angineuse de la colique hépatique. *Presse médicale*, 29 nov. 1924.

May (E.) et Gallot (H.). — Le traitement des endosympathoses d'origine non endocrinienne. *Ve Rapport du Congrès médical de Paris*, oct. 1936.

Mouquin. — Les difficultés du diagnostic de l'angine de poitrine. *Bull. méd.*, 26 déc. 1936.

Olivier. — La cholécystite. *Encyclop. méd. chir.*, 7043.

Ortner. — Symptomatologie clinique des maladies internes. Vienne, 1923.

Oury et Fouard (Mme). — *Prat. méd. franç.*, févr. 1935.

Paillard. — *Journ. méd. français*, mai 1923.

Parturier. — Diagnostic clinique des syndromes douloureux de la région vésiculaire. *Revue de clinique*, Paris, 1918.

Parturier et Valleix. — Accidents sensoriels chez les hépato-biliaires. *Presse médicale*, 17 juill. 1929.

Pavel et Paunesco Podeanu. — Cholécystopathie et angine de poitrine. *Bull. de l'Acad. méd. de Roumanie*, 1936.

Rachet (J.) et Rendu. — Soc. de gastro-entéro de Paris, 13 mai 1935.

Ramond (F.) et Chêne. — Quelques irradiations douloureuses peu connues au cours des cholécystites. *Presse médicale*, 22 juin 1929.

Ramond (F.), Jacquelin, Bonien. — Quelques petits signes de la lithiase biliaire. Soc. méd. des Hôp., 4 nov. 1921.

Ramond (F.) et Parturier. — Réflexes vésiculo-pulmonaires. Soc. méd. des Hôp., févr. 1924.

Ramond (L.). — Crises angineuses. *Presse médicale*, 8 mai 1937.

Roch. — Migraine amblyopique. *Presse médicale*, 6 févr. 1937.

— Rhumatisme vertébral ou cholécystite. *Presse médicale*, 30 oct. 1937.

Rozkowski. — Syndrome angineux au cours des formes frustes et atypiques de la lithiase biliaire. *Polska Gazeta Leharska*, t. IV, n° 18, 3 mai 1925.

Savy, Froment, Chapuy et Jeune. — Les anomalies de la douleur dans l'ulcus gastro-duodénal. *Presse médicale*, 21 avril 1937.

Walter. — *Encyclop. méd. chir.*, 7047.

20.493. — Bordeaux, Imprimeries Deimas, 6, place Saint-Christoly. — 1037